ÉTUDE PATHOLOGIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

SUR

L'ENDOMÉTRITE CHRONIQUE

DU

CORPS DE L'UTÉRUS

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Sans vouloir faire l'histoire complète de la question, qu'il nous soit permis de dire que les anciens médecins connaissaient les affections utérines : Hippocrate, Galien, etc., mentionnent les troubles fonctionnels et les différents écoulements de la matrice.

Un des commentateurs d'Hippocrate, Baillou, nous apprend que les maladies de cet organe sont difficiles à guérir par elles-mêmes.

Silvius de Le Boë, chimiatre bien connu, dit: « Les flueurs blanches n'arrivent pas chez les femmes bien portantes ; elles ont leur cause dans l'utérus et secondairement dans les vices des humeurs. » Ailleurs : « Les flueurs blanches retenues dans l'utérus deviennent tellement âcres, qu'elles ulcèrent les parties sur lesquelles elles coulent. »

On le voit, l'écoulement utérin, symptôme presque constant de l'endométrite, et les ulcérations du col qu'on rencontre si souvent dans le cours de cette affection, ont été parfaitement observés par ces auteurs.

Mais l'absence complète de notions positives provient de ce que les moyens d'exploration des organes génitaux internes de la femme étaient dans l'enfance. Le dioptre de Paul d'Égine devait être bien rudimentaire et bien peu employé !

Soranus a le mieux préconisé les moyens d'exploration des anciens ; il pratiquait le toucher vaginal, se servait de la sonde utérine, et employait le spéculum comme le meilleur des moyens de savoir si une perte de sang provient de l'utérus ou du vagin. Malgré ces applications, la thérapeutique des affections utérines à cette époque était presque nulle. Elle consistait en une infinité de formules et de pratiques sans valeur.

Lorsque Récamier vint tirer le spéculum de l'oubli où il était tombé, ce fut un évènement considérable au point de vue de la pathologie de l'utérus.

C'est alors que les opinions des anciens furent complètement abandonnées. A la même époque, l'anatomo-pathologie, science nouvelle, prenait son essor, entraînant à sa suite cette pléiade d'adeptes fervents, tous brillants chirurgiens ou méde-

cins, qui devaient exercer une influence décisive sur toute leur époque : Dupuytren, Broussais, Louis, Andral, Cruveilhier, Laënnec, etc., les fondateurs de l'école anatomo-pathologique en France substituent aux idées anciennes d'autres théories qui jettent un jour nouveau sur la nature des lésions de l'utérus. Paul Dubois signale et étudie le premier le catarrhe utérin ; Velpeau les déviations et les granulations de la matrice ; Lisfranc l'engorgement utérin. Ces idées, partagées par Valleix, Aran, Nonat, Bennet, etc., sont. comme on le voit, l'expression de la tendance de l'époque.

La notion anatomo-pathologique détrôna la notion physiologico-pathologique ; ce fut l'excès contraire de l'époque précédente.

La membrane muqueuse utérine, qu'on croyait si rudimentaire à l'état de vacuité, ne paraissait pas digne d'être mentionnée comme siège possible des maladies, et le flux leucorrhéique, qu'on supposait presque toujours fourni par le vagin, était habituellement considéré comme la conséquence et l'indice d'un état général de débilité.

Les gynécologistes distinguaient plusieurs espèces d'endométrite : catarrhale, hémorragique, villeuse, granuleuse, polypeuse. Certains parmi eux décrivaient comme des états pathologiques indépendants la plupart des signes qui nous servent à caractériser cette affection.

Ce n'est que dans ces dernières années, après la découverte de l'illustre Pasteur, qui donna le jour à la méthode de Lister, que les gynécologues ont pu écarter les dangers et aisément explorer à jour les organes génitaux de la femme pour se livrer à des études plus sévères.

Les travaux récents anatomo-pathologiques de Cornil, de de Sinety, etc., ont parfaitement démontré que toute cette

variété de formes différentes ne constitue pas des affections distinctes, mais bien des manifestations variables du même état morbide qui résulte de l'inflammation de l'endomètre.

Aujourd'hui encore, la discussion parmi les auteurs n'est pas complètement close ; mais cette division ne repose que sur une question de détails, les théories fondamentales étant admises par la grande majorité des gynécologues.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

Les causes de l'endométrite chronique du corps de l'utérus sont aussi nombreuses que variées.

En général, elles nous sont connues ; cependant quelquefois il est bien difficile de rattacher un cas spécial à une cause bien déterminée.

Souvent cette affection s'établit chronique d'emblée, ou elle succède à une endométrite aiguë. Elle s'observe habituellement dans la période d'activité sexuelle de la femme, c'est-à-dire entre 15 et 45 ans, mais parfois on l'observe chez des enfants, ou chez des femmes âgées, persistant après la ménopause.

En somme elle se rencontre dans toutes les classes de la société, et avec tout espèce de tempérament. L'influence que les climats froids ou humides exercent sur son développement est contestable.

Parmi les causes qui peuvent donner naissance à l'affection qui nous occupe, il faut citer l'état constitutionnel ou dyscrasique du sujet : ainsi l'endométrite chronique du corps de l'utérus peut avoir comme cause génératrice, la scrofule, la tuberculose, l'anémie, la chlorose, ou bien faire partie des troubles que ces états généraux occasionnent dans les différents appareils du sujet atteint : elle est alors simplement symptomatique.

L'influence de l'herpétisme, de l'arthritisme, de la syphilis (1), paraît plus douteuse, si l'on ne se contente pas de regarder ces états constitutionnels comme pouvant affaiblir l'économie, et prédisposer aux affections utérines comme toute autre cause de dénutrition (2). La faiblesse naturelle de la constitution, l'épuisement de l'organisme consécutif à l'accouchement, à l'avortement, à des lactations prolongées, la dépression du système nerveux, et en général les mauvaises conditions hygiéniques, n'agissent que comme causes prédisposantes.

Cette maladie a été observée dans l'enfance, surtout à la suite de fièvres exanthématiques, variole, rougeole, scarlatine, etc.; mais l'écoulement purulent observé dans ces cas peut être dû, tout simplement, à une vulvite (3), ou si une véritable inflammation de la muqueuse utérine a été constatée dans des cas semblables, il faut admettre qu'elle a eu une origine extérieure et qu'elle s'est établie par propagation (4).

Tous les actes, toutes les circonstances, qui modifient la circulation de l'appareil génital de la femme, et amènent une congestion plus ou moins intense de la muqueuse qui tapisse la cavité utérine, sont capables d'engendrer cette affection : ce sont les excès génésiques (5) et principalement les habitudes.

---

(1) Martineau. — Noël Guéneau de Mussy.

(2) Bouilly.

(3) Siredey.

(4) Doleris, Arch. de Tocol, 1887.

(5) Si on voit se développer à leur suite la métrite muqueuse, comme on en cite des exemples chez des femmes nouvellement mariées, cela tient bien plutôt aux avortements qui sont la conséquence de ces excès. (Gallard : Leçons cliniques sur les maladies femmes).

contre nature, onanisme, saphisme, etc. (1) ; les tumeurs siégeant dans les parois de l'utérus. Mais de toutes ces circonstances la menstruation est celle qui exerce la plus grande influence : si, à cette époque critique, une femme se livre à un ravail excessif, si elle s'expose au froid, à l'humidité, le résultat immédiat de ce genre d'imprudence est habituellement l'inflam mation de la muqueuse utérine. Nous savons parfaitement que le mécanisme de cette fonction consiste dans une fluxion physiologique; la différence qu'il y a entre cet état et l'inflammation vraie est bien difficile souvent à apprécier (2).

Les thromboses, les stases veineuses ou lymphatiques, agissent parfois de la même façon que les congestions ; mais leur influence est beaucoup plus nette en ce qui concerne la chronicité de cette affection. Certains tempéraments irritables, les femmes hystériques en particulier, sont sujettes fréquemment à des congestions actives ou à des spasmes de la matrice, dont le résultat est la gêne de la circulation en retour. Les déplacements utérins, quoiqu'ils donnent lieu à des congestions passives, dues aux obstacles circulatoires qu'ils déterminent, ne produisent pas inévitablement une endométrite ; il y a en effet parfois des rétroversions ou des rétroflexions qui ne donnent lieu à aucun symptôme (3).

Avant de finir l'énumération des causes appartenant à cette catégorie, il faut mentionner que certaines fois la muqueuse

---

(1) Ces formes de la débauche solitaire ou en commun étant invétérées dans tous les couvents et pensionnats de la Germanie, au dire de Scanzoni, il leur attribue une grande influence sur la production de l'endométrite.

(2) Guérin , Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux internes de la femme.

(3) Hart et Barbour, *Manuel de gynécologie.*

utérine peut être influencée par un état inflammatoire siègeant à une région voisine ; la pelvi-péritonite peut donner naissance à l'endométrite, par les troubles qu'elle détermine dans la position, l'innervation et la circulation de l'utérus (1).

Les polypes siégeant au voisinage de l'orifice interne du col, l'atrésie congénitale ou acquise, le boursouflement de la muqueuse, les déviations de l'axe de l'organe, ce qui constitue l'atrésie mécanique, sont des obstacles s'opposant au libre écoulement du sang des règles ou des sécrétions normales de la muqueuse utérine : la présence de ces liquides dans la cavité utérine peut donner deux résultats différents : coagulés ou non, ils provoquent des contractions utérines, dont la fréquence détermine la congestion de l'organe, et si cet état ne suffit pas à enflammer l'endomètre, il est certainement une des conditions les plus favorables pour faciliter l'absorption par la muqueuse de ces produits, lesquels, après un séjour plus ou moins long, s'altèrent et deviennent septiques. Cette dernière manière de voir s'accorde parfaitement avec les nouvelles données de la science.

D'après certains auteurs, et telle est l'opinion de notre maître, le professeur Tédenat, la plupart des cas d'endométrite chronique du corps de l'utérus que nous observons, sont dus à la propagation de l'inflammation blennorrhagique de la muqueuse vaginale à celle de l'utérus ; certains autres auteurs ne l'admettent que comme extrêmement rare (2).

Pourtant aujourd'hui les données scientifiques actuelles démontrent parfaitement, en ce qui concerne l'étiologie de l'affection qui nous occupe, que l'infection joue le principal rôle dans son développement.

---

(1) Gallard (Thomas), *Traité clinique des maladies des femmes.*

(2) Martineau. Arch. de tocologie, 1887.

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE

En ce qui concerne la pathogénie de cette affection, le désaccord parmi les auteurs est complet. Les uns admettent qu'il n'y à pas d'endométrite réelle, c'est-à-dire inflammation de la muqueuse utérine sans l'adjonction d'un élément morbide phlogogène, qui est le microbe pathogénique, l'état dyscrasique et le traumatisme n'étant pas des agents capables de créer la véritable phlogose.

Les autres, sans nier l'existence de l'endométrite par septicémie, par infection, essayent de démontrer que l'endométrite constitutionnelle est de beaucoup la plus fréquente et que pour qu'il y ait inflammation de la muqueuse, la présence d'un micro-organisme pathogène n'est pas absolument nécessaire ; ils s'appuient sur ce fait que cette affection a été souvent observée chez des filles vierges et même chez des enfants, circonstances qui rendent bien difficile la découverte de la porte d'entrée du micro-organisme. Ainsi l'utérus, n'étant pas un organe isolé et n'ayant pas une existence autonome, subirait l'influence d'un état général mauvais.

Nier l'existence de l'endométrite constitutionnelle est aller peut-être un peu trop loin ; mais le courant actuel de la science nous permet de nous ranger plutôt avec les partisans de la première opinion et de considérer l'endométrite infectieuse comme de beaucoup la plus fréquente.

Tout le monde est à peu près d'accord en ce que cette affection s'observe très fréquemment à la suite d'accouchements laborieux ou non, à la suite d'avortements survenus spontanément, et surtout provoqués et que, dans ces cas, elle est due à l'infection. L'organisme phlogogène pénètre par l'effraction du revêtement épithélial que ces états physiologiques entraînent ; il s'y fixe et il se propage dans toute l'étendue de la muqueuse.

Les coups, les compressions portées sur l'utérus, les traumatismes en général et même ceux qui intéressent directement la muqueuse utérine, ne sont pas des agents capables de créer par eux-mêmes une inflammation chronique de la muqueuse s'ils n'étaient pas aidés, rarement, par un état constitutionnel mauvais et le plus souvent par un agent septique procédant de l'extérieur. Si on observe de graves et longues endométrites à la suite d'un cathétérisme, on peut attribuer ces accidents à l'emploi d'un instrument sale (1). Ainsi les traumatismes occasionnés par l'introduction de la sonde, de pessaires utérins ou vaginaux, par des tentatives d'avortement, ne donnent lieu à une endométrite que toutes les fois qu'on a négligé les règles antiseptiques.

Les personnes qui, soucieuses de leur santé et de l'hygiène locale, se donnent des injections vaginales, emploient le plus souvent des liquides médicalement impurs, en se servant de clysopompes, d'injecteurs, qui ne sont pas désinfectés suivant les règles ou même ne le sont pas du tout.

Nous voyons dans ces habitudes d'ignorance et de négligence, avec notre professeur M. Chalot, une source féconde de vaginites et d'endométrites infectieuses.

---

(1) Hegar et Kaltembach, Trait. de Gyn. opér.

L'endométrite traumatique n'est pas de nature simple : pour qu'un traumatisme de la muqueuse utérine réalise la phlogose véritable de cette muqueuse, il faut ou que l'infection l'ait suivi de près, ou que la prédisposition du terrain l'ait aidé.

Le point de départ de toute phlegmasie parenchymateuse de l'utérus, de toute inflammation péri-utérine est la phlogose de l'endomètre ; que l'endométrite soit d'origine infectieuse, traumatique ou constitutionnelle, la propagation de l'inflammation se fait par l'intermédiaire des lymphatiques et la continuité des tissus. La distinction d'endométrite du corps et du col de l'utérus est d'ordinaire purement théorique ; le plus souvent les lésions sont étendues à toute la muqueuse utérine.

Dans la forme chronique de l'endométrite, la coexistence entre les lésions de la muqueuse et celles des parois musculaires de l'utérus est considérée comme constante. Les lésions des tissus péri-muqueux sont quelquefois diffuses, plus souvent limitées ; ces lésions inflammatoires ne se révèlent pas toujours par des phénomènes très sensibles ; pourtant elles sont essentiellement sujettes à des exacerbations paroxystiques durant lesquelles l'état général participe de l'aggravation de l'état local. Toutes ces lésions secondaires sont sujettes à réapparition tant que la lésion primitive, celle de la muqueuse, persiste dans sa forme virulente.

Il y a certains points à éclaircir en ce qui concerne la tendance et la facilité que toute inflammation de la muqueuse utérine a, comme nous le savons déjà, à passer à l'état chronique. L'influence de l'état constitutionnel, comme dans tout état pathologique, contribue évidemment à la permanence de l'inflammation une fois établie ; ce fait est même accepté par ceux qui font très peu de cas de la doctrine des diathèses et des dyscrassies pour la production exclusive de l'endométrite.

La chronicité de l'endométrite infectieuse dépend aussi de la pénétration plus ou moins profonde de l'agent infectieux dans

les couches épithéliales. Pendant les règles, par exemple, à la suite de l'accouchement ou de l'avortement, il se produit une desquamation de la muqueuse, et alors la face interne de l'utérus n'est tapissée que par une mince couche constituée par un stratum de jeunes cellules, et par le fond des culs-de-sac glandulaires largement béants : dans ces cas spéciaux, la muqueuse, au fur et à mesure de sa restauration, enfermera dans sa profondeur les couches primitivement atteintes par l'inflammation septique : il faut aussi tenir compte des facultés de propagation et de persistance du virus ou de son action éphémère.

En général, l'effort menstruel qui occupe presque continuellement la muqueuse utérine, les irritations mécaniques et les congestions qui en dépendent, la structure anatomique de cette membrane, etc., sont des conditions très favorables pour rendre cette affection chronique et rebelle à toute guérison spontanée.

Enfin l'occlusion du col cause l'absorption des produits septiques, sang, mucus, pus, ce qui explique la possibilité et la persistance d'une métrite totale chronique : car le principe pathogène est capable non seulement d'une multiplication *in situ*, fait indiscutable, mais il est aussi capable des diffusions généralisées occasionnant des atteintes de l'état général et qui en imposent assez souvent pour des maladies bien différentes.

CHAPITRE IV

ANATOMIE ET HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Pour l'étude des lésions macroscopiques il faut se procurer des organes qui ont été enlevés sur la femme vivante pour des tumeurs, etc., ou les enlever au cadavre le moins longtemps possible après la mort.

La condition indispensable pour avoir des renseignements exacts au sujet de l'examen histologique d'une muqueuse malade, est de se procurer des fragments autant que possible frais ; pour satisfaire à cette nécessité, on se sert de la cuiller tranchante ou de la curette pour enlever des parcelles de la muqueuse qu'on doit soumettre à l'examen microscopique.

ÉTUDE MACROSCOPIQUE

Cette affection, dans la forme chronique, peut se localiser au col ou au corps de l'utérus ou envahir ces deux parties simultanément ; le processus inflammatoire peut siéger dans la muqueuse seule, mais ordinairement le parenchyme sous-jacent y prend part.

Le volume de l'organe est augmenté surtout dans son corps ; ses cavités sont remplies d'un liquide sanguinolent, puriforme et quelquefois franchement purulent. En le comprimant entre les doigts, on remarque qu'il est d'une consistance molle et flasque.

Examinée à l'œil nu, la muqueuse utérine atteinte d'endométrite chronique ne présente plus sa coloration habituelle ; elle est devenue rouge, ardoisée sur certains points, ecchymotique sur d'autres. Elle est boursouflée, hyperémiée, sa consistance est devenue molle, pulpeuse ; elle ressemble a du sang coagulé. Son épaisseur est considérablement augmentée ; étant normalement de 3 à 4 millimètres, elle peut atteindre des dimensions cinq fois plus considérables et même les dépasser.

En sectionnant les parois de l'utérus dans toute son épaisseur, on voit qu'il est bien difficile, et quelquefois même impossible, de distinguer la délimitation de la muqueuse du stroma fibro-musculaire.

La surface de cette muqueuse est rarement lisse ; elle es habituellement villeuse et hérissée de petites saillies, entre lesquelles se trouvent des dépressions. Cet état donne à la muqueuse un aspect velouté qui avait frappé les anciens auteurs. On rencontre très souvent des granulations, des fongosités dont les dimensions varient de la grosseur d'un pois à celle d'une framboise ; ces masses fongueuses en se pédiculisant forment de véritables polypes. Ces altérations ont été décrites comme des formes particulières d'endométrite ; ainsi Slawianski décrivait une endométrite villeuse, d'autres auteurs des endométrites granuleuse, polypeuse, etc.

Il faut ajouter qu'il y a partout une distension et une prolifération des vaisseaux et des glandes perceptibles à l'œil nu.

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Pour faire un examen complet, il ne faut pas se contenter des résultats, d'ailleurs fort remarquables, que l'œil nu a donnés : il faut connaître aussi ce que peut donner l'examen microscopique. Avec un faible grossissement, la surface de la muqueuse

malade se présente sous un aspect irrégulier, elle donne passage à un nombre considérable de glandes très rapprochées les unes des autres. Les tubes glandulaires ont à la superficie une direction rectiligne ou oblique, mais plus profondément ils deviennent sinueux et prennent la forme de tire-bouchons ; leurs parois s'épaississent et leur contenu augmente. Si on continue à les examiner en profondeur, c'est-à-dire au voisinage du stroma conjonctif, leur nombre devient excessif, et assez souvent au lieu de s'arrêter à la couche fibro-musculaire, ils pénètrent dans son intérieur, ce qui a donné lieu à de nombreuses erreurs ; alors le même tube se divise, et on a plusieurs cavités pour le même tube. Sur une coupe, ces cavités forment des alvéoles, dont l'intérieur, en se servant d'un grossissement beaucoup plus fort, paraît tapissé par des cellules plates d'épithélium cylindrique montrant sur leur bord libre des cils vibratiles dans la plupart des cas.

Le tissu conjonctif ne reste pas étranger à ce processus inflammatoire ; à côté des lésions glandulaires que nous venons d'étudier, on remarque que dans certains endroits les noyaux du tissu conjonctif ne se colorent pas par le picro-carmin, ce qui est un indice de la mortification de ces éléments ; mais dans d'autres points, au contraire, on constate une prolifération de ces éléments.

Il faut remarquer qu'il n'y a pas seulement hyperplasie et néoformation parmi les éléments du tissu conjonctif et des glandes, les vaisseaux aussi participent à cette augmentation de volume et de nombre.

En se servant de grossissements beaucoup plus forts, on arrive à distinguer les détails que nous venons d'énumérer : l'on voit de plus que les glandes sont recouvertes d'un épithélium cylindrique dont les cellules possèdent des noyaux allongés et des cils vibratiles. Les cellules de la surface sont très

altérées, volumineuses et quelquefois elles forment plusieurs couches.

Pour se rendre bien compte de tous ces détails, il faut prendre certaines précautions ; il faut surtout que la pièce soit très fraîche.

La sécrétion des glandes qu'on constate si facilement à la surface de la muqueuse est composée de mucine, de granulations des cellules migratrices devenues muqueuses et de filaments de mucus.

Enfin nous constatons que les lésions de l'endométrite chronique du corps de l'utérus consistent dans l'hypertrophie générale des éléments de sa muqueuse. L'endométrium est constitué de deux éléments principaux : les glandes d'une part, le tissu conjonctif de l'autre. Certaines fois, le développement inflammatoire prédomine sur l'un ou l'autre de ces éléments ; mais il est assez rare de rencontrer cette localisation, et la plupart du temps le processus inflammatoire porte aussi bien sur les glandes que sur le tissu conjonctif.

La production d'un tissu embryonnaire au dessous de la muqueuse et dans les interstices des fibres musculaires superficielles du stroma indique le passage de la métrite chronique muqueuse à la métrite parenchymateuse.

CHAPITRE V

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes de l'endométrite chronique du corps de l'utérus sont quelquefois si peu marqués que la maladie peut parcourir toutes ses périodes sans éveiller l'attention de la patiente ni du médecin.

A l'état normal, la membrane muqueuse du corps de l'utérus donne une sécrétion faiblement alcaline, fluide, incolore ; la quantité est en rapport avec les vicissitudes fonctionnelles de l'appareil génital du sujet, tandis qu'à l'état pathologique, cette sécrétion devient leucorrhéique, jaunâtre ou teintée de sang. Ce symptôme manque rarement. Bennet dit que cette teinte rouillée est aussi caractéristique de l'endométrite chronique du corps de l'utérus que les crachats rouillés sont catactéristiques de la pneumonie. Ce liquide est plus ou moins transparent, plus ou moins muco-purulent, parfois même tout à fait purulent.

La métrorrhagie est aussi un des symptômes les plus fréquents ; elle commence par une simple prolongation de la période menstruelle, puis peu à peu elle persiste de plus en plus pour devenir permanente. L'anémie consécutive à cette perte plus ou moins continue du sang influence la santé générale ; la patiente se plaint de palpitations, de faiblesse générale, de gêne respiratoire ; elle a le visage pâle, terreux, (facies utérin).

La dysménorrhée est aussi un symptôme fréquent, mais elle est très probablement due à d'autres complications qu'à l'état de la muqueuse ; elle est plus fréquente dans la forme aiguë. Les malades accusent une sensation spéciale de faiblesse dans le dos, elles se plaignent parfois d'une véritable douleur, mais d'habitude elles n'éprouvent qu'une lassitude générale.

La douleur, dont le siège de prédilection est le bas-ventre, est un symptôme constant ; elle s'irradie vers la région sacrée, l'articulation sacro-iliaque, le pubis, la région inguinale ou le long de la partie interne de la cuisse jusqu'au genou. La dyspepsie et la gastralgie ne font pas défaut dans le cortège général des symptômes de l'affection qui nous occupe ; elles paraissent être d'autant plus intenses que la maladie est de date ancienne. Il y a perte de l'appétit ou parfois au contraire de la boulimie, accompagnée de digestions difficiles, de douleurs épigastriques, et de tous les symptômes de la dyspepsie d'origine nerveuse ; il survient parfois des nausées et des vomissements, de la constipation alternant avec un état diarrhéique.

La vessie peut aussi être impressionnée, de même que le rectum, et les patientes sont tourmentées par des envies fréquentes d'uriner, du ténesme rectal ou vésical. Les désordres du système nerveux se déclarent par de la céphalalgie constante ; habituellement le caractère de la personne change ; elle devient mélancolique, triste, dispositions qui s'observent du reste aussi bien chez l'homme que chez la femme, dans la plupart des affections génitales.

De ces faits on a voulu établir un certain rapport entre l'endométrite et les maladies mentales, étant donné surtout qu'il y a des cas dans lesquels on voit apparaître l'hystérie avec ses modalités cliniques, polymorphes.

A ces troubles fonctionnels généraux s'ajoutent certains

signes locaux qui ont une grande valeur : le toucher vaginal fait connaître que le col est gros, douloureux, que l'utérus est mobile ; par le spéculum on voit qu'il est ulcéré très fréquemment au moins ; son orifice est élargi et il s'en échappe un liquide muco-purulent et quelquefois purulent, des mucosités teintées de sang ou de sang pur.

L'introduction de la sonde dans la cavité utérine, en cas d'endométrite, provoque presque toujours de la douleur dès qu'elle a atteint l'orifice interne du col ; l'hystéromètre révèle aussi un agrandissement de la cavité utérine, surtout en profondeur et il mesure de 7 à 8 centimètres et même plus. L'orifice du col parfois est élargie, parfois pourtant l'hystéromètre pénètre difficilement, chose qui peut tenir à un rétrécissement ou à une déviation utérine.

Enfin si l'endométrite du corps n'amène pas toujours la stérilité, il est certain qu'elle prédispose énormément à l'avortement.

CHAPITRE VI

MARCHE ET DURÉE

La marche de cette maladie est essentiellement chronique ; elle se perpétue pendant des mois et souvent des années, à cause des congestions qui se produisent à l'époque des règles et qui ravivent sans cesse la maladie.

Elle provoque des douleurs moins intenses pourtant que dans le cas de métrite parenchymateuse ; ces douleurs disparaissent pour reparaître à des intervalles plus ou moins rapprochés.

Cette affection tantôt reste limitée à la muqueuse seule, tantôt détermine de la congestion et une hypertrophie du parenchyme sous-jacent. Cette hypertrophie peut avoir lieu par hyperplasie conjonctive ou par défaut d'involution.

Il est le plus souvent difficile de préciser l'époque du début de l'endométrite du corps de l'utérus, car elle est habituellement chronique d'emblée ; et alors même que, consécutive à un accouchement, elle aurait eu une première phase d'acuité, cette phase passe inaperçue au milieu des suites de couches.

CHAPITRE VII

COMPLICATIONS

Quant aux complications observées dans le cours de l'endométrite chronique du corps de l'utérus, elles sont nombreuses. Nous n'avons pas en vue les phénomènes symptomatiques, mais bien les altérations qui surviennent, soit dans les divers organes faisant partie du système utérin, soit dans les autres systèmes de l'organisme.

Ces complications sont importantes à connaître, car non seulement elles donnent lieu à une symptomatologie particulière, mais encore parce qu'elles peuvent embarrasser le diagnostic, modifier le pronostic, et donner lieu à des indications spéciales.

Il est fréquent de voir survenir pendant le cours d'une endométrite des lésions des trompes, des ovaires ou du péritoine, ainsi que, réciproquement, dans les affections de ces derniers organes, il est possible de voir survenir une affection utérine consécutive.

Les complications, en général, peuvent être considérées comme causes valables de la marche chronique et rebelle aux différents traitements que cette affection présente si souvent, parce qu'elles entravent et font traîner en longueur la médication.

Parmi les complications les plus fréquentes on peut signaler les salpingites et les ovarites, par propagation de l'inflam-

mation ; la métrite parenchymateuse, lésion qui accompagne presque toujours l'endométrite chronique ; les hypertrophies générales ou partielles lui sont aussi consécutives.

La péritonite, la cellulite, les phlegmons péri-utérins du ligament large, la lymphangite, la vaginite, etc., sont des complications qu'on observe assez souvent.

Une maladie constitutionnelle ou diathésique préexistante à l'état latent peut surgir comme complication, une fois l'endométrite déclarée.

Certains phénomènes symptomatiques peuvent être considérés comme des complications : telles sont les métrorrhagies, les dysménorrhées consécutives à des sténoses du col ou à des déviations de l'axe de l'organe, l'aménorrhée, etc.

Les symptômes sympathiques, tels que de la motilité, de la sensibilité, de l'intelligence parfois constituent des complications des plus redoutables.

CHAPITRE VIII

PRONOSTIC

En général, son pronostic présente une certaine gravité, non qu'un dénouement fatal puisse être la conséquence immédiate de la maladie, mais bien parce que l'inflammation de la muqueuse de l'utérus a une grande tendance à passer à l'état chronique, parce qu'elle altère profondément la constitution générale par les hémorrhagies fréquentes qu'elle entraîne ; parce que les sujets qu'elle atteint sont plongés dans un état de faiblesse qui facilite le développement d'autres maladies, comme on l'a admis pour la tuberculose en particulier : en un mot parce que si elle n'entraîne pas la mort par elle même, elle empoisonne la vie et compromet le bien-être de l'existence.

Cette affection mérite de fixer sérieusement l'attention non seulement des spécialistes, mais de tous les médecins (1), car il ne faut pas oublier qu'elle est une de ces maladies qui suscitent, des problèmes, de la plus haute importance de pathologie morale et physiologique (1).

En présence de l'affection qui nous occupe, avant de se prononcer, il faut analyser minutieusement les différents symptômes, et n'en négliger aucun : cela ne suffit pas, il faut aussi

---

(1) Schrœder, de Berlin.
(2) Martineau.

apprécier la valeur de chacun en particulier. Malgré toutes ces précautions il ne faut pas oublier que le médecin doit souvent rester sur une certaine réserve.

Le pronostic varie avec les causes et la prédominance de tel ou tel symptôme. Le traitement est généralement long, et, la guérison une fois obtenue, il faut savoir que les récidives sont très fréquentes. L'endométrite ne s'oppose pas à la conception, elle en diminue seulement la probabilité. Mais, si une grossesse survenait, il est bon de prévenir l'intéressée que cet état peut produire un très bon effet, et, d'autre part, pour que cette grossesse arrivé à terme il faut prendre beaucoup de précaution pour prévenir l'avortement durant les premiers mois.

Il est vrai qu'on a voulu considérer l'endométrite chronique du corps de l'utérus comme une cause prédisposante aux insertions vicieuses du placenta ; mais des faits manquent à l'appui de cette hypothèse (1).

En ce qui concerne sa guérison, Scanzoni dit : « Je ne connais pour mon compte aucun cas dans lequel il m'ait été possible de guérir une leucorrhée utérine datant de plusieurs années ».

Elle paraît d'autant plus difficile à obtenir que le mucus sécrété est plus abondant, épais, résistant et ne s'écoule que lentement de l'orifice utérin (2).

La guérison est aussi très difficile à obtenir et par conséquent le pronostic sera défavorable dans les cas où l'affection est de date ancienne ; l'existence d'un écoulement purulent, de fausses membranes, de dysménorrhée, de déviation de l'utérus, d'agrandissement de la cavité, sont autant de conditions fré-

---

(1) De Sinety.
(2) Gallard Thomas.

quentes dans l'endométrite ancienne et qui rendronnt la guérison d'autant plus difficile que la personne sera plus loin de la ménopause. Quand le tissu connectif est profondément lésé et le système nerveux atteint, on conçoit que cette guérison soit encore plus problématique.

Ce qui domine particulièrement le pronostic de l'endométrite du corps de l'utérus, c'est l'état constitutionnel de la malade, quelquefois aggravé par l'affection utérine elle-même.

Cependant, dans certains cas, on voit la maladie se terminer spontanément; mais ces faits sont rares, et ne doivent pas trop nous encourager à l'inaction (1).

---

(1) Churchill.

CHAPITRE IX

DIAGNOSTIC

Cette affection peut être confondue avec un certain nombre d'autres états pathologiques des organes génitaux de la femme, ou tout à fait étrangers au système utérin.

Son diagnostic devient d'autant plus difffcile que les symptômes de l'état général prédominent : dans des circonstances pareilles, l'examen local est d'une valeur inappréciable.

Il faut, à l'aide du spéculum, chercher à reconnaître s'il y a un écoulement utérin et le distinguer d'un écoulement du vagin, tenir compte de l'état du col et de son orifice externe. Après cet examen préliminaire, il faut recourir à l'examen de la muqueuse utérine au moyen de la sonde pour avoir des renseignements beaucoup plus complets. Il faut tenir compte de la profondeur à laquelle l'hystéromètre pénètre dans la cavité utérine, parce que nous savons qu'ordinairement cette cavité est plus grande qu'à l'état normal, dans les cas d'endométrite chronique du corps de l'utérus, et atteint 7 à 8 centim. de profondeur. Si le contact de la sonde, introduite avec l'adresse voulue dans la cavité utérine, éveille de la douleur, c'est un indice que la muqueuse est malade ; on n'aurait pas tiré tout le bénéfice fourni par l'usage de la sonde, si on négligeait de se rendre compte du degré de sensibilité de la muqueuse, aussi bien vers le fond de l'utérus que vers les parois de sa cavité ; on arrive aisément à atteindre ce but, d'abord en introduisant

la sonde doucement jusqu'à ce qu'elle touche le fond, puis en la retirant graduellement et en la faisant varier de position dans l'intérieur de la cavité. Au moyen de cette manœuvre si simple on peut se rendre compte de l'état dans lequel se trouve la surface de la muqueuse, c'est-à-dire si elle est lisse ou si elle présente des aspérités de dimensions plus ou moins grandes ; on peut aussi s'édifier sur le degré de ramollissement des parois utérines.

Quand il s'agit d'une endométrite chronique du corps de l'utérus, habituellement on a, en pratiquant la manœuvre que nous avons mentionnée, la sensation d'une surface raboteuse, par la perception d'un grattement particulier caractéristique de la forme fongueuse.

L'introduction de la sonde est facilement opérée toutes les fois qu'il s'agit d'un cas de forme hémorragique ; alors le col est dilaté et la cavité est agrandie. Les choses ne se passent pas de la même façon toutes les fois qu'il s'agit de la forme dysménorrhéïque ; lorsque le col aussi bien que le corps sont rétrécis, l'introduction de la sonde est difficile. Dans ces conditions, l'hystéromètre une fois introduit, on ne peut lui imprimer aucun mouvement.

Il faut dans ces cas recourir à la dilatation du col. Pourtant, la dilatation complète permettant l'introduction du doigt dans la cavité utérine n'est nécessaire que s'il s'agissait de diagnostiquer des polypes ou autres tumeurs siégeant dans cette cavité. Le tampon-index, vivement recommandé par Schultze, ne peut fournir aucun renseignement exact sur le diagnostic ; il ne peut non plus indiquer le siége réel d'un catarrhe de l'utérus.

En retirant la sonde on s'aperçoit qu'elle est teintée de sang.

Dans les cas faciles, cet examen suffit à fixer le diagnostic ; mais si on voulait recueillir des données exactes sur la nature spéciale de l'endométrite, on ferait bien d'arracher à l'aide de la

curette tranchante un fragment de muqueuse, et il n'est pas à craindre que l'on arrache un lambeau de la muqueuse saine, car le processus morbide est généralement étendu sur toute la surface épithéliale qui tapisse les parois de la cavité utérine. Les lambeaux ainsi enlevés sont soumis à l'examen microscopique. Cet examen éclaire non seulement le diagnostic proprement dit de la maladie, mais il nous donne aussi des renseignements: 1° sur l'étiologie de l'affection, qui est une question d'un intérêt capital ; 2° sur les caractères des modifications inflammatoires que subit la muqueuse, auxquelles de Sinety a reconnu trois types pathologiques d'endométrite : 3° enfin, il nous permet de différencier l'endométrite d'une maladie maligne à son début, question qui nous occupera dans un instant.

1° Dans les cas où l'examen des parties râclées révèle l'existence des grandes cellules de la caduque ou des fragments des villosités du chorion en état de dégénérescence graisseuse on peut admettre certainement que l'utérus s'est incomplétement débarrassé après l'accouchement ou l'avortement.

2° On peut considérer trois types d'endométrite chronique du corps de l'utérus suivant que tel ou tel élément de la muqueuse est principalement envahi. D'après les recherches microscopiques qu'ont faites de Sinety et Carl Ruge l'état le plus fréquent et qui constitue le premier type est l'hypertrophie des glandes. En effet dans quelques cas on observe une hypertrophie des glandes dilatées et devenues flexueuses, tout en conservant leur épithélium ; cette hypertrophie est telle que les granulations ressemblent à des masses de tissu glandulaire. Dans un état semblable, le symptôme prédominant est un écoulement abondant leucorrhéique ou muqueux.

Olshausen a décrit avec grand soin les modifications de la muqueuse pour les cas dans lesquels il y a seulement hémorragie ; c'est ce qui constitue le 2° type.

Olshausen s'exprime ainsi : « L'examen microscopique de ces grattages montre qu'il y a une hypertrophie très marquée de la muqueuse avec augmentation de tous les éléments, une dilatation modérée des ouvertures des glandes, une augmentation du calibre des vaisseaux, une infiltration cellulaire très nette du tissu conjonctif. » Ainsi les caractères distinctifs de ce type sont : l'absence de l'augmentation de l'écoulement leucorrhéique, parce qu'il n'y a pas développement des glandes, et la présence d'hémorragies provoquées par l'énorme distension des vaisseaux, c'est ce que de Sinety a appelé : *type vasculaire*.

Ce dernier auteur est le seul qui ait décrit le troisième type : « Dans d'autres cas, dit-il, les végétations sont uniquement constituées par du tissu embryonnaire avec de rares vaisseaux. Il ne subsiste que des traces de glandes et quelques vestiges d'épithélium plus ou moins dégénéré. On a affaire à un vrai tissu inflammatoire comparable à celui qui constitue la surface d'une plaie exposée. Sur certains points, il existe des îlots d'éléments dégénérés ne se laissant pas colorer par les réactifs, analogues à ceux qui s'observent dans les bourgeons produisant du pus.

« Cette dégénérescence des éléments embryonnaires nous explique l'abondance de l'écoulement muco-purulent observée pendant la vie. »

CHAPITRE X

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Certains des principaux symptômes de l'endométrite du corps de l'utérus sont communs, ainsi que nous l'avons déjà dit, à d'autres affections pathologiques des organes génitaux de la femme.

En effet, cette affection peut être confondue avec les maladies suivantes :

1° Le cancer du corps utérin. — Ce qui la différencie de ce dernier c'est que l'utérus acquiert habituellement des dimensions plus considérables que dans le cas d'endométrite ; par le toucher vaginal on constate que le col présente des bosselures, des productions végétantes et même quelquefois la destruction complète de ce segment ou l'extension du processus morbide aux tissus périphériques ; l'écoulement est continu, d'une odeur fétide assez caractéristique.

2° La métrite parenchymateuse. — Dans ce cas les douleurs sont beaucoup plus intenses ; ordinairement il y a une diminution dans la quantité de l'écoulement sanguin à l'époque des règles, des retards ou même l'absence complète de l'écoulement cataménial. Tandis que dans le cas d'endométrite chronique du corps de l'utérus, au contraire, l'écoulement est plus abondant, les règles sont plus rapprochées et dans l'intervalle des époques menstruelles il existe de la leucorrhée et ordinairement un léger suintement sanguin.

3° Les tumeurs fibreuses. — Les caractères distinctifs de cette néoplasie consistent en ce que par l'examen direct on trouve l'utérus plus gros ; la tumeur fait corps avec les parois propres de l'organe, elle fait saillie dans sa cavité. L'hystéromètre pénètre très profondément, jusqu'à 10 et 12 centimètres, ou parfois il est arrêté brusquement par la présence de la tumeur siégeant dans le voisinage de l'orifice interne. Il arrive dans certains cas que l'endométrite du corps peut coexister avec la tumeur, mais alors elle est symptomatique et ne disparaîtra qu'avec la cause génératrice.

4° La blennorrhagie. — Si cette affection est récente, l'urétbrite, la rougeur limitée au vagin, la transparence du mucus utérin tranchant sur les liquides purulents qui l'environnent ne peuvent laisser aucun doute sur la nature de l'affection. La vaginite qui accompagne souvent l'endométrite chronique, n'atteint jamais l'intensité de la vaginite spécifique à sa première période. Pourtant il ne faut pas oublier que cette affection peut s'étendre, et c'est ce qui arrive très souvent, du vagin à la muqueuse utérine. Alors aux caractères propres à la vaginite viendront se joindre ceux de l'endométrite.

5° L'avortement. — S'il s'agissait d'un cas pareil il faut se rappeler que l'écoulement sanguin survient ordinairement en dehors de l'époque menstruelle et le plus souvent après un retard de plusieurs jours ou de plusieurs semaines. On retrouve habituellement des débris de la caduque et la métrorrhagie ne se reproduit pas à l'époque suivante.

6° Les polypes. — Par le cathétérisme utérin on arrive à puiser des renseignements précieux ; on pourrait compléter ce moyen d'investigation par la dilatation du col et l'introduction du doigt dans la cavité utérine.

7° Les phlegmasies péri-utérines. — Les phlegmasies siégeant au voisinage de l'utérus se reconnaissent par le toucher, moyen qui permet de constater une tumeur douloureuse et

résistante, animée de battements ; le palper abdominal et la coexistence des symptômes généraux bien plus marqués que dans le cas d'endométrite complètent le diagnostic.

8° L'hématocèle.— Son début ordinairement brusque au moment d'une époque menstruelle, et l'existence d'une tumeur qu'on peut même constater par le toucher, la différencient de l'endométrite.

9° Le début de cette affection a été confondu avec la grossesse, à cause de certains symptômes communs que ces états essentiellement différents présentent entre eux, des nausées, des vomissements, rembrunissement du mamelon, etc. Il est bon d'être prévenu sur cette cause d'erreur.

1° Une autre complication possible du catarrhe utérin chronique est la rétention de la sécrétion morbide dans la cavité de la matrice : elle s'observe surtout chez des femmes qui ont dépassé l'âge de la ménopause. L'absence de l'écoulement leucorrhéïque faisant défaut, le diagnostic est presque impossible.

CHAPITRE XI

TRAITEMENT

La multiplicité des médications qui ont été dirigées contre l'endométrite chronique du corps de l'utérus démontre bien toutes les difficultés que présente sa guérison.

Nous avons divisé l'étude de cette affection, au point de vue de son étiologie, en endométrite reconnaissant comme cause un état constitutionnel général mauvais, et en endométrite d'origine infectieuse. Dans le premier, aussi bien que dans le second cas, le traitement présente des indications générales et locales variant selon les symptômes prédominants.

Même lorsque cette affection ne doit pas son origine à une maladie constitutionnelle, c'est-à-dire lorsqu'elle ne reconnaît pas comme cause un état constitutionnel diathésique ou dyscrasique, nous savons qu'à elle seule elle peut influencer tout l'organisme et altérer profondément la santé générale. Donc, en présence d'une telle affection, le rôle du praticien consiste, dans la grande majorité des cas, à instituer un traitement mixte, c'est-à-dire général et local.

a. TRAITEMENT GÉNÉRAL

Cette médication varie suivant la constitution ou la diathèse du sujet atteint d'endométrite du corps de l'utérus. Elle comprend toutes les conditions et précautions hygiéniques, le

régime, la médication reconstituante, le traitement palliatif des phénomènes douloureux ou dyspeptiques, l'hydrothérapie, la cure aux eaux thermales, dont le choix est dicté par la maladie constitutionnelle ou diathésique qui tient sous sa dépendance le sujet atteint d'endométrite. Ainsi, si nous sommes en présence d'un sujet scrofuleux, les eaux chlorurées-sodiques, bromo-iodurées, sulfureuses, goudronnées, arsenicales et iodurées, etc., sont spécialement applicables, chaudes ou froides, plus ou moins minéralisées, d'après certaines indications particulières. L'usage de ces eaux consiste en bains généraux, injections vaginales et boissons.

Parmi les sources principalement efficaces, on peut citer Balaruc (Hérault), Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne), Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), Salies (Basses-Pyrénées), Saint-Boés (Basses-Pyrénées), Luchon (Haute-Garonne), etc. C'est ce choix intelligent qui fait le succès du médecin et assure la guérison de la malade (1).

Dans le cas où nous aurons à combattre un état chlorotique, que nous traitons d'ordinaire par les préparations ferrugineuses, arsenicales, toniques et amers, nous devrons y associer le traitement minéral et thermal, la thérapie marine et l'hydrothérapie ; car ils constituent le traitement le plus puissant de cette affection. Le médecin aura le choix entre les eaux froides et ferrugineuses d'Oriol (Isère), d'Orezza (Corse), etc., et les eaux chaudes de La Malou (Hérault), de Barbotan (Gers). Les eaux ferrugineuses alcalines chaudes possèdent une action bien plus efficace que les ferrugineuses pures : telles sont celles de Bagnères-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées), Vichy (Allier), etc. Contre la diathèse tuberculeuse, on pourra conseiller les eaux de la Bourboule, du Mont-Dore (Puy-de-Dôme), Plombières (Vosges), etc.

---

(1) Martineau.

L'anémie est constante chez les personnes atteintes d'endométrite chronique du corps de l'utérus ; aussi, l'usage du fer est indiqué dans le plus grand nombre des cas, associé aux amers et surtout au quinquina. A ce propos, il est bon de prévenir la malade contre l'abus de ce vin qu'on ordonne à chaque instant. D'abord la quantité de substance active contenue dans un petit verre de vin est excessivement minime ; ensuite ce médicament contient une quantité d'alcool considérable, et la dyspepsie si fréquente chez les malades atteintes d'endométrite se trouve bien mal de son action.

Dans les cas où on croira nécessaire d'associer avec le quinquina une petite dose d'alcool, on doit recommander de n'en faire usage qu'à la fin du repas (1).

L'usage des préparations ferrugineuses, administrées sous la forme que les supportera le mieux la patiente, alternées avec les préparations arsenicales, rentrent dans la médication générale interne. L'hydrothérapie, par son action reconstituante et sédative, rend également de grands services.

Contre les troubles digestifs, on emploiera les alcalins, la pepsine, les amers, selon les circonstances, et les malades feront usage aux repas d'une eau minérale telle que l'eau de Bussang, de Candillac, de Spa, de Vichy. Dans les cas de constipation, il faut ordonner de temps à autre un léger purgatif ou un lavement ; de cette manière on prévient la pression fâcheuse que le rectum rempli par les matières fécales exerce sur l'utérus, et en même temps on détermine une certaine révulsion du côté du tube digestif.

---

(1) De Sinety, *Gynécologie*.

b. TRAITEMENT LOCAL

Dans les cas légers où la muqueuse n'a pas subi de modifications trop grandes, le traitement local peut se composer exclusivement d'irrigations chaudes à 45°, matin et soir, sur le col, additionnées de sel marin ou glycérine, et prolongées pendant dix ou quinze minutes. On laisse couler dans la cavité utérine de un demi-litre à un litre entier d'eau phéniquée à 3 °/₀ ou bien d'eau au sublimé à 1 1/2000 (1).

Une des conditions indispensables consiste à assurer le libre reflux du liquide injecté en excès ; pour cela, le plus souvent il faut élargir le canal cervical par l'introduction de grosses sondes.

L'application de tampons glycérinés laissés en place vingt-quatre heures peut donner les meilleurs résultats et amener une rapide décongestion de l'utérus et de ses annexes.

S'il y a ménorragie ou hémorragies fréquentes, on prescrira l'ergot de seigle en injections hypodermiques ou sous la forme de pilules d'ergotine, à la dose de 25 centigrammes chaque.

Lorsqu'il existe une métrite spécifique, il faut se hâter d'instituer un traitement approprié, qui consiste en des injections astringentes avec le tannin, le sulfate de zinc, etc., ou encore mieux, avec une solution de nitrate d'argent. Les balsamiques, et surtout le copahu, qui ont été recommandés dans les cas d'écoulements purulents ou muco-purulents, sont habituellement mal supportés par l'estomac, et ne présentent pas la même efficacité dans les cas d'infection blennorrhagique des

(1) Schrœder.

organes génitaux-urinaires de la femme que chez ceux de l'homme. Ce ne serait que dans les deux ou trois premiers mois qu'on pourrait retirer quelque avantage de ces médicaments. (1)

Enfin, il faut conseiller des injections vaginales au tannin, à l'alun, avec la décoction de feuilles de noyer, dont la principale utilité consiste à chasser les produits de l'écoulement utérin et à empêcher leur stagnation dans le canal vaginal. Mais, le plus souvent, cette médication n'est pas suffisante ; il est nécessaire de modifier la muqueuse utérine à l'aide d'applications topiques après ou sans dilatation préalable du col utérin.

a. — On peut modifier la muqueuse en faisant pénétrer dans la cavité utérine des substances médicamenteuses, sous différentes formes.

Les substances qu'on emploie en injection intra-utérine sont nombreuses : le perchlorure de fer à 30° (2), la teinture d'iode, l'iodoforme mélangé à la glycérine (3), l'azotate d'argent, le phénol iodé, l'acide phénique à 2 p. 0/0 (4), le sulfate de fer ou de cuivre, la glycérine créosotée, etc.

MANUEL OPÉRATOIRE

Le col doit être bien dilaté pour permettre au liquide de revenir aisément. Avant d'injecter le liquide médicamenteux, il faut débarrasser la cavité utérine des mucosités qu'elle peut

---

(1) Gosselin.
(2) Pozzi.
(3) Leblond.
(4) Schultz.

contenir pour permettre ainsi au médicament d'agir directement sur la muqueuse. On atteint facilement ce but en injectant de l'eau à 35° ; on pousse l'injection très lentement et en s'arrêtant de temps en temps ; l'injection finie, on aspire le liquide au moyen de la même seringue.

En général, l'injection des liquides dans l'utérus hors d'état puerpéral, n'est pas sans danger (1). Cette médication est condamnée par l'opinion générale des gynécologues Anglais et Américains. En Allemagne, elle est très employée. Il faut recommander à la femme un repos au moins de quelques heures après l'opération.

L'injection doit être faite de préférence entre les époques menstruelles ; une métrorragie, loin d'être une contre-indication, réclame l'emploi d'une injection de perchlorure de fer, qui le plus souvent arrête l'hémorragie et produit en même temps une cautérisation utile de la muqueuse.

Certains auteurs, redoutant les dangers des injections intra-utérines, badigeonnent les parois de la cavité à l'aide d'un pinceau imbibé du liquide modificateur. Nonat, Woodbury, etc., ont inventé des instruments permettant de porter le pinceau imbibé dans la cavité utérine sans toucher les parois du col.

Pour prolonger l'action du médicament appliqué sur la muqueuse utérine on emploie les tampons de gaze iodoformée (2) ou de coton imbibé de la substance médicamenteuse. L'introduction des tampons médicamenteux exige une dilatation préalable du col ; ils doivent rester en place pendant douze ou vingt-quatre heures. L'introduction des médicaments sous la forme de pommades est très peu en usage.

On peut aussi modifier la muqueuse utérine en la touchant

---

(1) Hart et Barbour.
(2) Billroth.

avec un caustique solide, comme le nitrate d'argent fondu à la lampe à alcool et porté sur une sonde utérine : on la promène dans la cavité utérine en tous sens.

Cette méthode a donné de très bons résultats (1).

On peut encore cautériser plus profondément cette muqueuse en introduisant dans la cavité de l'utérus des crayons, qu'on y laisse fondre. Mais ces crayons ainsi que les bâtonnets présentent l'inconvénient de s'entourer d'albumine qui, en se coagulant, les rend inactifs.

En somme, la cautérisation de la muqueuse utérine par l'injection des caustiques liquides est la plus efficace, et doit être préférée aux applications de caustiques à l'état solide ou semi-solide. Faisons observer toutefois qu'elle n'est pas exempte de dangers, car elle peut déterminer des poussées de péritonite et de lymphangite péri-utérine (2).

b. — Cependant ces divers moyens sont longs et incertains dans leurs résultats ; aussi leur a-t-on préféré, dans ces derniers temps, les irrigations intra-utérines et le curetage de la muqueuse.

Dans l'endométrite chronique du corps de l'utérus, la muqueuse est atteinte d'une manière diffuse dans toute son étendue, et ses éléments sont altérés plus ou moins profondément. Le râclage est un puissant modificateur et il faut y recourir toutes les fois que les autres moyens topiques ou généraux ont échoué. Cette opération est surtout indiquée dans la forme hémorragique liée aux fongosités utérines : elle donne également des résultats excellents contre les écoulements leucorrhéïques muqueux et muco-purulents.

---

(1) Crédé.

(2) De Sinety.

Certains auteurs prétendent que le curetage de l'utérus est une opération inutile et dangereuse ; pour eux, ce procédé ne donnerait pas de meilleurs résultats que ceux qu'on peut obtenir par l'application des caustiques ; de plus, que cette opération deviendrait souvent le point de départ d'une inflammation des annexes de l'utérus. On a reproché à ce procédé thérapeutique de nuire à la reproduction de l'espèce, en mettant le sujet dans l'impossibilité d'une grossesse ultérieure par la destruction de la muqueuse utérine.

Cette façon d'envisager le procédé que Récamier a inauguré est insoutenable ; car des faits tirés de l'observation directe prouvent l'efficacité de cette heureuse invention.

En effet, un nombre infini de cas d'endométrite chronique du corps de l'utérus, rebelles à tous les traitements, ont cédé devant cet agent thérapeutique si puissant.

Cette opération, faite avec des précautions antiseptiques rigoureuses, après un examen préalable et attentif, démontrant l'intégrité des culs-de-sac et des annexes de l'utérus, est parfaitement innocente, et entre des mains exercées elle n'est que très rarement suivie d'accidents ; cela est d'autant plus vrai qu'aujourd'hui les indications du curetage sont bien posées.

Enfin, la muqueuse détruite par la curette se régénère comme après la grossesse, cela est un fait établi (1).

Préliminaires de l'opération. — Il faut s'assurer que les annexes de l'utérus, ainsi que les tissus voisins, ne sont nulle-

---

(1) Martin (de Berlin) a vu survenir la grossesse après le grattage chez soixante femmes. Heïnricius affirme que dans 63 cas après le curetage, la grossesse est survenue ; dans 3 cas, la conception a eu lieu la 4e ou 8e semaine après l'opération. (*The american journal of obstetricy.*)

ment enflammés ; on doit chercher à établir au moyen du cathétérisme la direction de l'axe de l'organe.

Bien que les bienfaits de l'antisepsie ne soient plus aujourd'hui discutables, nous ne craindrons pas d'ajouter que dans toute opération même bénigne pratiquée sur l'utérus, on doit plus que jamais prendre toutes les précautions nécessaires.

La veille et quelques minutes avant de pratiquer le curetage, on doit faire donner à la malade une injection vaginale chaude de sublimé au 1/1000 ou au 1/2000 ; on ne doit pas se borner à introduire simplement la canule de l'irrigateur dans le vagin, mais il faut en même temps y introduire le doigt index, et nettoyer avec soin les culs-de-sac.

Les poils du pubis et des grandes lèvres doivent être soigneusement rasés. Toute la vulve, le périnée et l'anus doivent être également lavés avec une solution de sublimé.

Un tampon de gaze iodoformée doit séjourner dans le vagin jusqu'au dernier moment.

Généralement l'opération est peu douloureuse ; mais les femmes sont craintives et sensibles : donc il n'y aura pas d'inconvénient à obtenir au moyen du chloroforme une légère anesthésie. Habituellement le col est dilaté ; mais si son diamètre n'était pas suffisamment large pour permettre l'introduction de la curette, on supprime rapidement cet obstacle par l'introduction de quelques bougies de Hegar.

Le choix de la curette n'est pas absolument indifférent : si la muqueuse est molle, épaisse et facile à déchirer, on peut employer l'instrument de Simon ; si, au contraire on a affaire à une muqueuse résistante, à des fongosités difficiles à détacher on se sert, selon les degrés de résistance, de la curette à bords tranchants de Récamier ou la curette demi-mousse de Roux.

On donne généralement à la femme la position dorso-sacrée, les cuisses sont fortement fléchies sur l'abdomen, les jambes fortement fléchies sur les cuisses. Un aide abaisse la commissure postérieure de la vulve et déprime en même temps la paroi vaginale au moyen d'un spéculum univalve de Simon ou de Martin. Un autre aide fixe solidement le col de l'utérus au moyen d'une pince de Museux ou de Braun que l'on applique sur la lèvre antérieure du col loin du bord libre.

Pendant toute l'opération, dont la durée est d'ailleurs très courte, le col utérin attiré à la vulve est baigné par une solution phéniquée à 25 pour 1000 au moyen d'une mince canule servant à l'irrigation continue. La curette est alors introduite et dirigée vers le fond de l'organe. On gratte successivement les deux faces, puis les bords, les angles et le fond de la cavité en procédant toujours du fond de l'utérus vers le col. A plusieurs reprises on ramène l'instrument en dehors et on le débarrasse des débris épitheliaux qu'il contient en le trempant dans un vase rempli d'une solution phéniquée faible. Dans le cas où on pratique le curetage explorateur, les parties enlevées sont immédiatement plongées dans l'alcool pour servir aux examens ultérieurs.

Le curetage terminé, une sonde à double courant est immédiatement introduite dans la cavité utérine, qu'on lave avec une solution phéniquée à 1 pour 100.

Les débris de muqueuse et le sang sont ainsi entraînés au dehors sans qu'il y ait à craindre, vu le facile écoulement du liquide, le passage de celui-ci dans les trompes : la cavité utérine étant bien lavée, alors on introduit la tige mince et

longue d'une petite seringue (1) et l'on y injecte habituellement 2 ou 3 centimètres cubes d'une solution de perchlorure de fer à 30°. On doit se hâter de laver de nouveau la cavité utérine avec la sonde à double courant qui entraîne l'excès du liquide irritant ; car les parois de l'utérus reviennent promptement sur elles-mêmes.

Ceci fait, on retire les pinces qui servaient à fixer le col de l'utérus et après un dernier lavage du vagin, un tampon de gaze iodoformée est simplement placé au fond de ce dernier.

Bien que les suites de l'opération soient en général bénignes, la malade doit garder le lit et ne se lever que le dixième ou le douzième jour. Tous les deux ou trois jours on doit enlever le tampon de gaze iodoformée et nettoyer le vagin au moyen d'une injection antiseptique (2). Il est quelquefois utile, surtout dans les cas d'endométrite hémorragique invétérée, de faire les jours suivants des injections intra-utérines complémentaires, d'iode ou de perchlorure de fer, en ayant soin de laisser un intervalle de 48 heures entre chaque injection.

SUITES OPÉRATOIRES

En général, l'opération n'est pas suivie de fortes douleurs ; mais lorsqu'elles existent elles présentent plutôt le caractère de tension, de pesanteur, avec irradiation lombaire; cette sensation disparaît rapidement.

Il est exceptionnel d'observer une élévation de température les jours qui suivent le curetage. L'hémorragie pendant l'opération

---

(1) On se sert habituellement de la seringue en gutta-percha de Braün.

(2) Eau sublimée tiède au 1/4000 ou phéniquée 1/100.

est peu abondante et après l'opération presque nulle (1). Pendant la première semaine environ qui suit le curetage, se produit un écoulement plus ou moins visqueux et filant dû à l'élimination des cellules mortifiées de la muqueuse et à une légère transsudation séreuse.

Enfin on ne doit négliger de maintenir l'asepsie du vagin par les tampons antiseptiques, que lorsqu'on aura lieu de croire qu'une nouvelle muqueuse solide et résistante s'est formée de toute pièce.

Dans certains cas, on peut remplacer la curette par l'écouvillon. Ce moyen a été surtout vanté dans ces derniers temps par Doleris, à qui l'écouvillonnage de la cavité utérine a donné de très bons résultats.

Toutes les fois qu'on se propose de faire un nettoyage de la cavité utérine suivi d'un pansement simple, on se sert d'un écouvillon à crins doux, incapable de blesser profondément cette muqueuse (2).

L'écouvillon est chargé de la substance médicamenteuse qu'on veut employer, à laquelle on donne une consistance sirupeuse.

On fera usage d'un écouvillon à crins durs et résistants, dans les cas où on voudra intervenir énergiquement et détruire la muqueuse utérine.

L'introduction de cet instrument s'opère par un mouvement spiroïde ; ce mouvement est pratiqué en divers sens lorsque l'écouvillon occupe la cavité de l'organe. On le retire en tournant toujours dans le même sens.

---

(1) Doleris : «J'ai vu céder au premier curage une hémorragie qui continuait depuis 35 jours ».

(2) On peut rendre les écouvillons très souples en les trempant dans une solution de sublimé à 1/100 presque bouillante.

La dilatation de l'utérus est un moyen de diagnostic précieux, et constitue à elle seule un mode de traitement des formes légères d'endométrite, soit définitif, soit nécessaire pour un traitement ultérieur. Selon que le cas presse plus ou moins on peut pratiquer la dilatation rapide ou lente.

1° *Dilatation rapide.* — Cette opération se pratique pendant le sommeil chloroformique. On emploie dans ce but des dilatateurs (1) ou des bougies, lesquelles sont introduites successivement et en augmentant le calibre d'une façon progressive. En général, une heure suffit pour obtenir une dilatation suffisante à permettre l'introduction du doigt.

Mais il arrive souvent que la cavité se rétracte à cause du tonus de l'orifice interne réveillé après le retrait de la bougie.

Dans le cas de rétrécissement de l'orifice externe du col, on pratique la dilatation en sectionnant les fibres circulaires du col, puis un dilatateur est porté dans le canal pour finir de rompre celles qui restent. Toutefois si le rétrécissement se prolonge tout le long du canal jusqu'à l'orifice interne, ou si la lumière de ce canal est obstruée par la flexion de l'utérus, alors on pratique ce qu'on appelle la *discision* au moyen du métrotome (2) ou des ciseaux spéciaux.

Il est inutile d'ajouter que les précautions antiseptiques ne doivent nullement être négligées quand on pratique la dilatation de l'utérus.

2° *Dilalation lente.* — Elle s'effectue dans plusieurs jours, quelquefois même dans plusieurs semaines.

---

(1) Les dilatateurs de Schultz et Sims sont les plus recommandés.

(2) Le métrotome de Sims est le plus recommandable, parce qu'il permet de donner à l'incision la profondeur et la direction qu'on désire.

La dilatation lente consiste dans l'introduction dans le canal cervical de certaines substances, lesquelles, en s'imbibant des liquides de la sécrétion, se gonflent, ou dans l'introduction de tampons (1), dont on augmente le volume et le nombre à chaque nouvelle application.

1° *Substances dilatables.* — Les agents de cette méthode sont la laminaire, le tupélo (2), les éponges préparées. Habituellement, on se sert de tentes-éponges aseptiques ou de la laminaire ; on obtient ces tentes aseptiques en laissant l'éponge séjourner plus ou moins longtemps dans l'éther iodoformé. Pour empêcher l'évaporisation du liquide antiseptique, on les recouvre d'un corps gras. Les tentes-éponges sont de forme conique, et mesurent de 5 à 6 centimètres de longueur sur 6 à 12 millimètres de diamètre à leur base, où elles sont percées d'un trou auquel on attache un cordon, ce qui permet de les extraire après qu'elles ont servi. Les tentes préparées avec des morceaux de bois de tupélo, d'après certains auteurs, se gonflent plus rapidement que toutes les autres.

Pour introduire une tente, on place la malade dans la position genu-faciale, on relève la paroi postérieure du vagin en introduisant un spéculum de Sims ; puis on saisit la lèvre antérieure du col au moyen d'un tenaculum : la tente étant fixée à la pointe d'un instrument spécial à cet usage est introduite exactement comme la sonde utérine.

Une fois la tente introduite, on peut la laisser en place pendant 12 à 15 heures, durant lesquelles on fera de fréquentes injections phéniquées : l'extraction doit se faire sans violence.

---

(1) Procédé de Vulliet.

(2) Employé par Sussdorff (de New-York), en 1877.

2° *Tampons iodoformés* — Vulliet a imaginé un nouveau procédé de dilatation.

Pour cette méthode de dilatation, la position à donner à la patiente est d'une importance capitale : celle qui est préférable, même indispensable, est la position genu-pectorale ou de Bozeman : au moyen d'une valve de Sims on relève fortement le périnée. Si le processus pathologique qui nécessite ou justifie la dilatation n'a pas encore entr'ouvert le col, plus ou moins haut, on commencera la dilatation en faisant pénétrer dans celui-ci l'instrument que l'on peut y insinuer le plus facilement : une fois par ce moyen une certaine dilatation du col obtenue, alors commence le rôle des tampons iodoformés intra-utérins.

Ces tampons de coton, de dimensions variant de celles d'un gros pois à celles d'une amande, sont attachés à leur centre par un double fil : leur préparation consiste à les plonger dans une solution éthérée d'iodoforme, à les sécher rapidement et puis à les conserver dans un flacon bien bouché.

On les porte à l'entrée de l'orifice externe au moyen des pinces à pansement, recourbées ou coudées, longues et très minces ; de là, au moyen d'une tige métallique résistante ayant la courbature et le volume de la sonde à lavage utérin, on les pousse petit à petit dans la cavité utérine.

Dès la première séance, on peut introduire trois ou quatre tampons et même davantage, qu'on laisse à demeure pendant vingt-quatre ou quarante huit-heures ; tous leurs fils pendent hors de la vulve réunis et compris dans un seul nœud.

A chaque séance de renouvellement de ces tampons on lave la cavité utérine avec une solution antiseptique et on les remplace en en augmentant le nombre.

Dans ces derniers temps, Apostoli a proposé un nouveau traitement de l'endométrite chronique du corps de l'utérus, au moyen de la galvano-caustique chimique.

L'auteur se propose :

1° De traiter la muqueuse utérine toujours malade ;

2° D'établir un exutoire de dérivation intra-utérine, qui doit aider énergiquement à la résorption des exsudats ;

3° Permettre d'utiliser les propriétés inhérentes à chaque pôle, en appliquant le pôle positif aux formes hémorragiques ou ulcératives, et le pôle négatif dans les autres cas ;

4° Utiliser toute l'action locale (galvanochimique) et générale (trophique) du courant ;

5° Permettre au courant de traverser sûrement l'utérus dans sa totalité.

INDICATIONS DES DIFFÉRENTS MODES DE TRAITEMENT

La thérapeutique usuelle, les injections intra-utérines, les badigeonnages intra-utérins avec des pinceaux chargés de topiques divers, l'application de crayons, peuvent dans les cas ordinaires ou récents d'endométrite amener la guérison ; mais, en général, ces différents procédés sont impuissants dans les cas d'endométrite invétérée chronique.

Dans ces circonstances en combinant le curetage ou l'écouvillonnage avec une injection liquide caustique, faite immédiatement après, on agit beaucoup plus profondément sur la muqueuse, et c'est d'ailleurs aujourd'hui le procédé presque universellement suivi. Ce mode de traitement est spécialement indiqué pour arrêter des hémorragies dues à l'état pathologique de la muqueuse.

La dilatation est un moyen de diagnostic en ce sens qu'elle permet l'introduction du doigt dans la cavité utérine ou celle du

spéculum intra-utérin. Une dilatation préparatoire est nécessaire pour pratiquer certaines opérations.

Le Dr Apostoli emploie son traitement quand il veut détruire la muqueuse malade, et quand il veut précipiter l'élimination de l'exsudat inflammatoire.

CONTRE-INDICATIONS

Comme règle générale, on doit s'abstenir de pratiquer une opération ou une application directes des subtances médicamenteuses sur la muqueuse utérine, toutes les fois que, par un examen attentif, on diagnostique un état inflammatoire aigu de l'organe, de ses annexes ou des tissus voisins, ou une inflammation chronique des paramètres et du péritoine pelvien. Il faut aussi éviter d'intervenir pendant la période cataméniale.

En ce qui concerne les opérations en particulier, le moment de l'élection est une semaine après cette période ; quand l'écoulement est continuel, cette période est indiquée par l'augmentation du flux sanguin.

CHAPITRE XII

CONCLUSIONS

1° L'endométrite chronique du corps de l'utérus est une affection des plus communes, mais qu'on observe généralement pendant la période de l'activité sexuelle ;

2° Elle reconnaît presque toujours l'infection microbienne pour cause directe. L'état constitutionnel ou diathésique ne donne jamais lieu à lui seul, — ou en tout cas que très rarement, — aux formes chroniques invétérées, que nous observons; le plus souvent, cet état ne peut être considéré que comme un milieu favorable au développement des germes infectieux, et il est permis de supposer que ces derniers, sans cette condition de milieu, ne donneraient pas alors des résultats positifs.

Une endométrite, tout d'abord constitutionnelle ou diathésique, peut dégénérer en endométrite infectieuse par la pénétration ultérieure des germes pathogènes venus de l'extérieur ;

3° Les lésions de l'endométrite commencent toujours par la muqueuse utérine ; elles sont aujourd'hui parfaitement déterminées, on peut les résumer dans cette proposition : « hypertrophie de tous les éléments de la muqueuse avec les caractères de l'inflammation en général. »

4° Au point de vue symptomatique, il y a lieu de distinguer : une endométrite catarrhale, suppurée ou non ; une

endométrite fongueuse ou hémorragique et une endométrite dysménorrhéïque ;

5° La marche de l'endométrite et sa durée sont ordinairement longues ;

6° Le diagnostic doit être fait au point de vue histologique et au point de vue clinique.

Il faut aussi distinguer l'endométrite d'avec les affections similaires, tels que le cancer, la métrite parenchymateuse, les fibro-myômes, la blennorrhagie, la vaginite, l'avortement, les polypes, l'hématocèle, etc. ;

7° L'endométrite est une affection grave au point de vue non pas de la vie, mais de la santé et des fonctions génitales (conception, gestation, accouchement).

8° Pour éviter des répétitions, des détails, nous résumerons la thérapeutique de l'endométrite chronique du corps de l'utérus dans les formules suivantes :

Le traitement doit toujours être à la fois général et local ; le traitement local doit être le plus souvent fondé sur l'emploi simultané ou successif des divers moyens thérapeutiques (irrigations intra-utérines, curetage, cautérisation, etc.) et non sur l'emploi exclusif de l'un quelconque de ses moyens ; dans tous les cas, le traitement local doit être rigoureusement aseptique ou antiseptique, tout en évitant autant que possible les dangers et les inconvénients des antiseptiques chimiques.

CHAPITRE XIII

Observations

OBSERVATION PREMIÈRE

Métrite hémorragique datant de 4 ans. -- Curetage. -- Cautérisations répétées. Guérison.

(Thèse de M. Despréaux. — Paris, 1888.)

Pauline B... 20 ans, modiste. Réglée à 14 ans, bien réglée jusqu'en 1883. Pas d'enfants, pas de fausses couches.

Au mois d'octobre 1883, entre à la Charité avec une métrorragie qui dure pendant trois mois et demi, sans interruption. Elle sort de l'hôpital au mois de juin 1884. Au mois de novembre 1884, entre à Lariboisière.

Nouvelle métrorrhagie, qui dure pendant trois mois.

En 1885, affection aiguë du petit bassin qui force la malade à garder le lit pendant assez longtemps. (Il s'agissait sans doute d'une paramétrite qui a laissé un peu d'induration du cul-de-sac latéral droit).

En 1886, la malade a perdu pendant six mois presque tous les jours.

En 1887, nouvelle métrorrhagie, qui dure sans interruption du 8 au 30 janvier.

La malade entre à l'hôpital le 18 mars, ayant encore des hémorragies. L'utérus est en antéversion ; son volume est

normal, il est mobile, mesure à l'hystéromètre 6 cent. 1/2. Le col est un peu mou ; orifice circulaire d'utérus vierge. Les culs-de-sac sont libres, sauf le cul-de-sac latéral droit qui est un peu induré.

La malade est très anémiée ; n'a plus d'appétit, elle est amaigrie. Pas de symptômes de tuberculose pulmonaire. En résumé : métrorrhagies abondantes, qui se produisent depuis cinq ans, durant des mois entiers, alternent avec des pertes blanches, et s'accompagnent de douleurs dans la région hypogastrique avec irradiation dans les cuisses et les lombes.

Cette malade entre à l'hôpital Pascal, salle A, lit n° 10, le 18 mars 1887.

Dilatation préalable de la cavité utérine. Curetage sans chloroforme le 25 mars.

Cautérisations avec la teinture d'iode les 31 mars, 3, 5, 7 avril.

Le 9, la malade sort de l'hôpital, elle n'a pas encore été réglée.

Nous avons revu la malade. Elle a été réglée le 20 mai, deux mois après l'opération.

Les règles ont duré quatre jours. Elle n'a plus de pertes, ni en rouge, ni en blanc. Depuis lors, la menstruation est normale, l'état général très bon, et la malade a repris ses occupations habituelles sans souffrir, de nouveau, du côté de l'utérus.

OBSERVATION II

Métrite hémorragique *post abortum* datant de trois ans. — Dilatation préalable du col. — Cautérisations répétées. — Guérison

(Thèse de M. Despréaux. — Paris, 1888)

V. H..., 22 ans, domestique. Accouchée au mois de décembre 1884. Se lève et travaille dix jours après son accouchement. Elle n'était qu'au huitième mois de sa grossesse. Elle a avorté sous l'influence de la syphilis. Elle est prise peu après de douleurs dans le ventre qui s'irradient dans les lombes. Les règles durent 8, 10 jours, puis la malade perd constamment en rouge.

Il lui est impossible de dire, encore aujourd'hui, quand elle doit être réglée.

Pendant deux ans, elle reste dans cet état, durant trois semaines par mois environ.

Depuis onze mois, les douleurs sont plus aiguës et la métrorrhagie continue depuis deux mois.

Elle entre à l'hôpital Pascal le 25 mars.

L'utérus est en antéversion, très douloureux ; il est augmenté de volume, mesure à l'hystéromètre 7 centimètres. Le col, qui regarde en arrière, est déchiré à gauche ; mou, entr'ouvert, très douloureux.

Dilatation de la cavité utérine, curetage le 1er avril.

Cautérisations à la teinture d'iode les 5, 8, 11, 14, 19, 22 avril.

Nous avons vu la malade le 30 mai. Elle n'a plus d'hémorrhagie, mais encore un peu de métrite du col.

OBSERVATION III (inédite)

Due à l'obligeance de M. le professeur Chalot, tirée de sa clientèle privée
Endométrite catarrhale et vaginite granuleuse

Pauline, âgée de 23 ans, célibataire, à Montpellier.

Commence, le 27 mars 1887, par des pertes blanches, qu'elle a gardées quelque temps et qui la fatiguaient beaucoup ; elle se plaint aussi de douleurs cuisantes pendant ces jours derniers. Du reste, bon appétit : pas de fièvre.

A l'examen, on constate un écoulement séro-muqueux blanchâtre, laiteux ; une rougeur un peu vive autour et en avant de l'insertion de l'hymen, qui est déchiré en arrière et à droite, lequel forme un bourrelet circulaire, fendu seulement en bas et à droite jusqu'à la base de son implantation. Rien de particulier du côté des glandes de Bartholin, ni du méat urinaire : au toucher on trouve l'utérus normal. Le spéculum de Cusco montre que le col est peu saillant et que son orifice externe a la forme d'une fente curviligne d'une longueur de 5 à 6 millimètres, à concavité antérieure non béante et par laquelle sort comme en bavant, une certaine quantité de séro-mucus un peu louche. Le museau de tanche et le cinquième supérieur du vagin sont parsemés çà et là d'un petit nombre de petites saillies rouges, arrondies, quelques-unes accuminées. La muqueuse est d'un rouge plus ou moins vif. Aucun liquide ne sort de l'urèthre à la pression d'arrière en avant par le vagin. Rien de particulier dans le reste des organes génitaux internes et dans le bassin.

Diagnostic : endométrite catarrhale du corps de l'utérus et vaginite granuleuse, étant peut-être l'une et l'autre dues à une

gonorrhée spécifique ; mais il n'y a pas eu d'examen bactériologique.

Traitement. — Injection vaginale, matin et soir, avec de l'eau boriquée 1 p. 100, chaude à 40° et déjà bouillie demi-heure, et quelques jours après avec de l'acide phénique 5 p. 100. Un quart de verre dans deux verres d'eau bouillie et chaude pour chaque injection. Plus tard, injection d'une solution de 1 gramme pour 50 d'azotate d'argent dans le vagin et tamponnement de celui-ci à l'acide salicylique, mode de traitement qui a été plusieurs fois employé pour guérir la vaginite ; en dernier lieu, toilette et application de la teinture d'iode pure avec les applicateurs de Frichs. — Guérison complète.

OBSERVATION IV (inédite)

Recueillie par M. Chalot, alors interne à l'hôpital Saint-Eloi
Endométrite fongueuse hémorragique

La nommée Gaut... (Françoise-Virginie), ménagère, née à Montpellier, âgée de 50 ans, entre à l'hôpital Saint-Eloi, salle Notre-Dame, le 1er novembre 1876.

Depuis 5 ans elle a, nous dit-elle, une série d'hémorragies plus ou moins abondantes par la vulve. Elle marche courbée en avant, les mains portées sur l'hypogastre comme pour soutenir quelque chose.

Elle se plaint de douleurs paroxystiques dans la fosse iliaque gauche et dans la région lombaire. Le vagin et la vulve sont souillés par une sécrétion rougeâtre et fétide.

L'orifice du col est entr'ouvert, et les lèvres en sont légèrement tuméfiées, sans présenter toutefois une induration nette.

Il n'y a pas d'inflexion ni de version utérine. En pratiquant le cathétérisme utérin, on détermine un afflux de sang noir très abondant : cette hémorragie empêche tout examen au spéculum. Pour la combattre, tampon imbibé de perchlorure de fer, lotions sur le bidet avec solution d'alun. En pressant au dessous de l'hypogastre, la malade ressent une vive douleur ainsi que dans la fosse iliaque gauche. La miction est le plus souvent douloureuse ; on constate aussi un état saburral de la langue : la patiente n'a pas d'appétit, elle est très constipée. L'auscultation nous fait constater un souffle carotidien ; il y a aussi de la dyspnée pendant la marche. La face est pâle et légèrement jaunâtre.

Maigreur et œdème périmalléolaire. Réglée à quinze ans, mère de trois enfants, dont le dernier est né depuis 12 ans. Jusqu'à 45 ans elle a été bien réglée, mais depuis elle a des métrorrhagies. Ses sœurs, dont l'une a 56 ans et l'autre 46, présentent actuellement les mêmes irrégularités. Pas d'antécédents héréditaires bien précis.

Trait. : perchlorure de fer, 15 gouttes, eau distillée 60 grammes. Potion donnée par cuillerées et une tasse de lait immédiatement après. Lavement avec 12 gouttes de laudanum, huile de ricin 10 grammes tous les matins, irrigations vaginales avec solution d'alun.

13. — Hémorragie légère mêlée de mucosités, douleurs expulsives.

21. — Position genu-pectorale, introduction du spéculum univalve, petite sonde en gomme dans l'utérus, injection de 10 à 12 grammes de perchlorure de fer et lavage, séance tenante, du vagin à grande eau : ces lavages sont répétés dans la journée sur un bidet avec solution d'alun.

25. — Injection de perchlorure de fer dans l'utérus.

4 décembre. — Injection de chlorure de zinc dans l'utérus, injection hypodermique de morphine.

6. — Nouvelle injection de chlorure de zinc.

18. — Nouvelle injection de chlorure de zinc. La malade souffre moins ; elle a un teint meilleur et n'a plus d'œdème aux pieds.

25. — Nouvelles injections de chlorure de zinc. Dans la position genu-pectorale, après introduction du spéculum univalve, abaissement de l'utérus au moyen des pinces convergeantes ; le col utérin se présente alors plus facilement à nous et nous pouvons introduire une petite sonde en gomme au moyen de laquelle on pratique l'injection.

Ensuite lavage immédiat à grande eau.

Tous les jours, injection hypodermique de chlorhydrate de morphine à 1 centigramme. La malade sort le 26 décembre dans un état bien amélioré.

29. — Elle commence à avoir de l'embonpoint, a bien moins d'hémorragies, son appétit toutefois est toujours médiocre : on constate un certain degré de pneumatose intestinale sans douleur péritonéale.

M. Chalot a suivi cette malade pendant 8 ans et croit avoir compris qu'elle est morte d'une pneumonie.

OBSERVATION V (Inédite)

Tirée de la pratique de M. le professeur Chalot

Endo-mésométrite chronique ; vaginite simple ; ulcères des jambes.

Le 26 juin 1888, M^me^ Marie Comb..., 36 ans, sans profession, se plaint de pertes blanches abondantes, puis d'un ulcère à la jambe gauche.

Les pertes blanches datent de plusieurs années ; elles sont à la fois muqueuses et crémeuses, d'un jaune plus ou moins

foncé, plus fortes immédiatement avant et après les règles. Elles s'accompagnent d'une douleur sourde, mais supportable, aux reins et d'une sensation de plénitude pelvienne. M. Vidal, officier de santé, a traité la malade pour les pertes par la décoction des feuilles de noyer, en injection vaginale, l'alun, etc.

Dernières règles du 21 au 23 juin peu abondantes, peu foncées, sans douleur.

Les règles précédentes étaient venues le 16 mai ; pas de règles en mars et avril, si bien que la malade se croyait enceinte. Elle souffre depuis quelque temps dans le ventre pendant les rapports conjugaux. Urines troubles comme si on les avait mélangées avec de la farine, dit-elle, et cela depuis 3 à 4 ans. Pas de constipation ; bon état général ; la malade dit expulser par moment des vents par le vagin ; point de fistule. Elle a en outre une ulcération de la jambe gauche depuis deux ans et demi. Varices au pied, à la jambe, au creux poplité et à la cuisse gauche ; ces varices se seraient montrées dès les premières grossesses.

Réglée à 16 ans, mariée à 20 ans, 9 grossesses, dont 4 à terme et 5 fausses couches.

Le premier enfant à terme est venu par les pieds ; il est mort au bout de quelques mois ; les deux derniers, à terme, ont dû être extraits par la version interne (Dr Jacquemet). Tous sont morts. Pas d'autres antécédents morbides personnels. Examen direct des organes génitaux : vagin très ample, col volumineux ; les lèvres forment un anneau régulier, saillant, comme œdémateux, d'une couleur blanc bleuâtre, un peu noir. L'orifice externe du col a la forme d'une fente transversale de 12 millimètres béante, par laquelle sort une matière séro-muqueuse et jaunâtre. Autour de l'orifice, érosion rouge, granuleuse, dont la limite se distingue nettement de la surface blanc bleuâtre du susdit anneau par un liséré rouge vif, mais non saillant. L'érosion est plus étendue à gauche qu'à droite et en arrière

qu'en avant ; mais elle ne dépasse pas le museau de tanche. Canal cervical et corps utérin largement perméables ; le cathéter et l'applicateur de Fritsch chargé de coton passent très facilement ; longueur de l'utérus à l'hystéromètre 8 centimètres ; pas de déviation, ni abaissement, rien ailleurs.

Traitement. — Après la toilette sèche de la cavité utérine, application de teinture d'iode et tamponnement intra-utérin à la gaze au salol ; poudre d'iodoforme sur les érosions et tampon au sublimé.

Retrait de tout pansement cinq jours après, irrigations très abondantes, chaudes, intra-utérines, intra-vaginales avec du subliméau 10/1000e. Même pansement. Ce pansement à son tour est enlevé cinq jours après ; on constate une diminution considérable du volume de l'utérus ; l'érosion est à moitié cicatrisée. Pansement, gaze iodoformée sur le col et tampon au sublimé, après une irrigation antiseptique vaginale très abondante. Nouveau pansement semblable quatre jours après. Règles du 18 juillet au 22. Les injections antiseptiques sans tamponnement ont été continuées jusqu'aux règles, et les deux premiers jours après les règles.

25 juillet.— Plus d'écoulement, et la malade ne souffre plus du ventre. L'utérus mesure 68 millimètres à l'hystéromètre, l'érosion est guérie et l'orifice du col est redevenu linéaire.

Le traitement général a consisté en dragées de Rabuteau, vin de quinquina et régime substantiel.

OBSERVATION VI

(Due à l'obligeance de M. le professeur Chalot, alors interne de l'hôpital Saint-Éloi. — Endométrite catharrale)

Lafort (Elisa), âgée de 22 ans, mariée à Ganges (Hérault), entre à l'hôpital Saint-Eloi, salle Notre-Dame, n° 29, le 27 décembre 1876.

La patiente se plaint depuis plusieurs mois de douleurs vives, qui partent de l'hypogastre, descendent le long des membres inférieurs, puis remontent pour venir mourir dans les hanches, en causant une sensation de serrement très pénible. — Par l'examen au spéculum, on constate qu'une sécrétion très abondante s'échappe de l'orifice du col, sous une forme muqueuse, floconneuse, filante, transparente.

Cette femme est réglée très régulièrement, et les règles sont très peu abondantes.

Mariée depuis 15 mois, elle a pratiqué le coït en excès pendant les premiers jours de son mariage : jusqu'alors elle a été très régulièrement réglée depuis l'âge de 13 ans.

Elle n'a pas eu de fausses couches.

De plus en plus faible depuis 14 mois, elle a un facies amaigri, le teint pâle ; elle accuse des palpitations de cœur, et la sensation d'un essoufflement à la moindre fatigue ; à l'auscultation, nous n'avons constaté que du souffle carotidien assez prononcé. La malade est très constipée et elle n'a pas d'appétit.

Dans un nouvel examen au spéculum, on constate que l'orifice du col est entr'ouvert, les lèvres sont gonflées et dures ; la sécrétion de mucus transparent et filant continue.

Au moyen de l'hystéromètre, on constate que la longueur de

l'utérus est de 55 millimètres et que la muqueuse interne a une consistance molle et comme fongueuse.

La malade est d'un état constitutionnel lymphatique ; elle n'a pas eu de maladies antérieures, ni d'antécédents héréditaires particuliers.

29. — Après avoir attiré le col en bas au moyen des pinces convergeantes, le professeur Courty pratique le râclage de la muqueuse utérine avec la curette de Récamier ; immédiatement après, il fait une injection de 5 grammes de teinture d'iode et place un tampon de coton. La malade a éprouvé de vives douleurs pendant le râclage.

2 janvier. — La patiente, interrogée, dit qu'elle se sent mieux ; à l'examen on constate que l'hémorragie a diminué ; mais les douleurs vives au museau de tanche persistent.

Nouvelle injection de teinture d'iode dans l'utérus après avoir attiré le col au moyen des érignes.

3. — La malade a souffert dans la journée, mais elle a un appétit meilleur ; le teint est encore pâle.

14, 15, 16. — Règles très abondantes. Elle présente une physionomie meilleure ; pas de fièvre.

17. — Lavement laudanisé ; vomissements, nausées pendant toute la nuit.

25. — Cautérisation intra-utérine au nitrate d'argent pulvérisé (1). Amélioration considérable.

2 février. — La malade sort presque guérie.

---

(1) Le professeur Courty porte la poudre de cristaux de nitrate d'argent sur un pinceau imbibé dans une solution de nitrate d'argent. Au moyen de cette poudre, il badigeonne la muqueuse.

OBSERVATION VII (J.-A. DOLÉRIS)

Rétention des débris placentaires. — Endométrite putride traitée par un seul écouvillonnage antiseptique

6 février 1886, Jouanot, 19 ans, demeurant rue de Bagnolet, 117. Il y a quinze jours, fausse couche de quatre mois et demi. Douleurs, fièvre et pertes abondantes pendant les dix premiers jours, avec issue de parcelles membraneuses putrides.

Actuellement, utérus énorme (cavité mesurée à l'hystéromètre : 10 centimètres) ; il paraît fixé en arrière et à droite par un exsudat paramétritique ; col très long. Perte abondante de sang et de liquide purulent fétide. Fièvre, douleurs sous forme de coliques.

Traitement. — Lavage du vagin avec injection de sublimé. Ecouvillonnage répété trois fois consécutivement avec un écouvillon moyen, imbibé de glycérine créosotée, qui revient chargé de débris grumeleux et membraniformes mélangés de pus et de sang. Lavage au sublimé. Deux tampons : l'un oint de vaseline créosotée et l'autre sec par-dessus.

Prescription. — Trois irrigations vaginales très chaudes. Ergot de seigle, 1 gramme en trois paquets par jour. La malade retourne chez elle à pied. Elle revient le lendemain pour se faire faire une injection. Elle est bien, n'a ni perdu, ni souffert, sauf peu de douleur. On lui fait l'injection et on lui met un tampon antiseptique. Elle a repris son travail.

On l'examine le 15 mars : elle va très bien, elle a repris son travail et ses habitudes. L'utérus est petit, il n'y a pas d'écoulement ; quant à sa prescription elle ne l'a suivie qu'à moitié.

OBSERVATION VIII

(Recueillie par M. Thibaut, interne à l'hôpital Tenon)

Endométrite suite d'avortement. — Ecouvillonnage antiseptique avec la créosote et l'huile de genévrier

La nommée Jacquin, âgée de 36 ans, blanchisseuse, entre le 10 mars 1886 à l'hôpital Tenon, service de M. Doléris.

Antécédents héréditaires : Père 66 ans, emphysémateux ; mère bien portante.

Antécédents personnels : réglée à 12 ans ; menstruation régulière ; trois grossesses terminées à terme.

A 25 ans, première grossesse. Accouchement à terme ; suites de couches mauvaises.

A 27 ans, deuxième grossesse à terme. Pas d'accidents.

A 30 ans, troisième grossesse. Accouchement à terme.

A 36 ans, quatrième et récente grossesse. Dernière époque menstruelle en décembre 1885.

Le premier mois, vomissements : leucorrhée abondante. Douleurs abdominales vagues. Le lundi 8 mars, elle est prise d'hémorragie pendant la marche ; rentrée chez elle, elle s'alite.

Mercredi à 10 heures du matin, presque sans douleurs, expulsion brusque du fœtus, de caillots et de quelques membranes.

Envoyée à l'hôpital pour rétention partielle du délivre et des membranes.